

- la diurèse reste aux environs de 1.500 ;
- l'hématocrite est voisin de 45 % ;
- le chlore urinaire est aux environs de 40 mEq-litre ;
- la réserve alcaline est normale ;
- le remplacement est bon.

Il est très important d'avoir, au départ, ces différents examens de laboratoire, pour juger du remplacement. Mieux suivi sera le remplacement si l'on peut avoir en plus :

- Protides totaux.
- Na plasmatique.
- K plasmatique.
- Volume sanguin.

Il faut se rappeler que l'usage trop exclusif de sérum salé isotonique comme liquide de remplacement va entraîner un apport important de Cl.

En effet, le taux du Cl du plasma est de 100 mEq, et le taux du Cl dans le sérum salé isotonique est de 140 mEq.

Aussi, en cas d'acidose, il vaut mieux utiliser une solution de lactate de Na.

Il faut retenir que, dans certains cas (suites immédiates opératoires, défaillance cardiaque, cirrhose), l'espace extra-cellulaire est plus important que la normale.

Aussi, les taux de Na et de Cl peuvent-ils être bas dans le plasma bien que la masse totale de Na et de Cl n'ait pas diminué.

Il faut se rappeler que la cause la plus fréquente de l'hypoprotéïnémie chez les malades chirurgicaux est une surcharge en eau et en sel.

Il faut donc éviter l'erreur de vouloir ajouter à toute force des électrolytes et d'exagérer encore l'espace extra-cellulaire et les risques d'accident.

Cependant, il est des limites extrêmes de taux des électrolytes au-dessous desquelles, le remplacement s'impose :

- Na : 125 mEq est un taux très bas et 120 mEq est concomitant d'un état de choc.
- Cl : au-dessous de 85 mEq, le remplacement s'impose.
- CO<sup>2</sup> : 15 mEq-litre ou 33 volumes.
- K : 3,4 mEq-litre.

### CONCLUSION

Pour conclure, il faut reconnaître que la thérapeutique de remplacement est délicate.

Il faut se garder de vouloir à tout prix et immédiatement corriger tel ou tel chiffre trop bas ou trop élevé.

Ce qu'il faut, c'est réaliser quel est le syndrome en cause et tâcher d'apporter un correctif en se guidant sur les examens de laboratoire et sur la clinique, en faisant confiance aux mécanismes d'autorégulation de l'organisme.

La voie orale sera toujours la voie à préférer.

C'est à elle qu'il faudra revenir le plus tôt possible car la barrière digestive permet une régulation automatique des apports et met à l'abri d'accidents sérieux de surcharge.

## Le phénomène de l'agitation en milieu psychiatrique

### Considérations générales - Signification psychopathologique

par

F. FANON et S. ASSELAH  
Hôpital Psychiatrique (Blida-Joinville)

Le Docteur TosQUELLES, dans une conférence à l'Evolution psychiatrique, distinguait deux types d'agitation :

Au type *expressif*, il opposait le type *percepto-réactif*. Une telle opposition, intéressante dans une perspective heuristique, en tous cas didactique, nous semble grave doctrinalement. De même l'opposition agitation réactive ou non.

En fait, si l'on excepte les agitations profondément toxiques avec atteinte grave de la conscience, l'expression agitée se fait presque constamment sur un mode percepto-réactif. Ou si l'on préfère, à côté des

agitations typiquement neurologiques à physionomie automatique, rendues possibles par des altérations brutales de la conscience (dans l'épilepsie par exemple), le comportement agité est tout à la fois *expressif et percepto-réactif*. Cliniquement, on peut distinguer une agitation à prédominance motrice, une à prédominance verbale et une de type verbo-moteur.

Les idiots et les imbéciles d'une part, les séniles d'autre part, fournissent un contingent assez impressionnant des tableaux d'agitation motrice pure. Nous excluons évidemment l'explosion colérique du paranoïde, l'impulsion hémiphérique ou l'agi-

tation circonscrite du catatonique. Nous visons ici l'agitation en tant qu'état. Et nous nous apercevons que les deux pôles qui favorisent la naissance de l'agitation motrice se caractérisent par une atteinte d'allure neurologique.

Ces agitations vides, anidéiques, confinent à la stéréotypie (déambulation pseudo-anxieuse du vieillard ou laceration de vêtement de l'oligophrène).

L'agitation à prédominance verbale apparaît moins neurologique, plus compréhensible. En fait, la soliloque incohérente de l'imbécile, la verbigération en lambeaux du presbyophrène nous frappent par leur caractère automatique, archaïque, désintégré, somatique.

L'agitation verbo-motrice, enfin, est peut-être le type de comportement agité le plus étudié car précisément elle restitue la mélodie de base de l'homme existant. Le dire et le faire combinés dans la structure temporo-spatiale semblent retenir l'organisme dans le monde compréhensif. C'est pourquoi peut-être la manie franche représente-t-elle la forme clinique la plus étudiée de cette forme d'agitation.

En fait, les agitations verbo-motrices débordent le cadre de la manie. Manifestations hystériques, phases aiguës d'un délire actif à thèmes multiples, empruntant la physionomie d'une agitation confuso-coléreuse, crises ango-exaltiques de Schneider évoquent à plus d'un titre le tableau maniaque.

Les états mixtes de plus en plus élargis sur lesquels a insisté BERINGER nous recommandent, tout au moins pour l'observation clinique, une certaine liberté à l'égard de la classique équation : agitation = manie.

Dès lors nous voici très à l'aise pour avancer que le comportement d'un malade doit se comprendre en fonction du service et des possibilités d'assimilation de ce service. Si le milieu hospitalier est un instrument thérapeutique ; si avant toutes choses, l'on s'est occupé d'instituer un cadre général de rencontres désaliénantes, s'il existe une volonté de prise en charge de l'organisme vivant agité, alors peut se poser la question d'une authentique discrimination.

Les notions de *psychose de façade*, de *persistance mentale morbide*, les réactions spectaculaires de prestance, les provocations à forte charge agressive telles qu'on en rencontre dans les milieux concentrationnaires ; les nœuds sado-masochistes si aisément réalisés dans le cadre asilaire, toutes choses qui exigent une véritable vigilance.

La « neutralité bienveillante » doit se retrouver ici dans toute sa pureté. Penser un service comme instrument thérapeuti-

que c'est le structurer, c'est l'amener à être vécu par le malade comme ce qui « enfin comprend » et non comme ce qui ampute, ce qui châtre. L'agressivité élastique, la « méchanceté voulue » du malade telles que le vit le personnel, sont évidemment des réponses à un type de structure concentrationnaire à caractère surtout répressif. Être perméable aux manifestations pathologiques, certes le service doit l'être. L'apparition d'une agitation ne doit pas provoquer l'écroulement, l'effondrement de l'équilibre institutionnel.

L'agitation interroge plutôt le degré de résistance du service, appréciée à la fois sa plasticité et sa solidité. Et c'est parce que l'agité n'est pas rejeté, exclu, isolé, encellulé qu'on s'efforce de le comprendre. Il ne s'agit surtout pas de décréter l'abolition de tous moyens coercitifs par humanité ou hétéro-imitation. Assez rapidement l'on s'expose à des déboires et la reprise des moyens de contention bénéficie d'une surenchère passionnelle.

L'encellulement d'un malade qui s'agite, produit des effets le plus souvent fâcheux. Isoler un aliéné à l'intérieur d'un hôpital psychiatrique, c'est réaliser un deuxième internement. Le milieu social s'est déjà débarrassé du malade en demandant l'application de la loi de 1838. Mais les exigences du milieu social sont formelles. L'équilibre extérieur doit être monolithique à l'égard de certains comportements. Le milieu hospitalier, lui, dans la plupart des cas ne présente aucun plan d'organisation. Les lignes de force qui participent à l'érection du champ phénoménal sont d'une pauvreté désastreuse. Si l'on excepte le rythme biologique des trois repas et du coucher, la journée du malade mental, non alité, la plupart du temps, est bien propre, dans la cour d'asile, à suggérer l'expression de mouvement brownien. L'on s'aperçoit assez rapidement que les moyens de contention à physionomie répressive sont utilisés sur l'initiative du personnel. Et le médecin croit souvent à l'existence d'un comportement sadique de la part de ce personnel. Les réactions en chaîne : interdiction « d'attacher le malade ». « Docteur, ce malade a tout cassé ». « Docteur, ce malade a blessé trois agents ». « Alors Docteur on l'attache ce malade », apparaissent et vicient les rapports du médecin et de ses collaborateurs. En fait c'est le service lui-même qui est sadique, répressif, rigide, non socialisé, à manifestations castratrices. Dès lors, il s'agit moins de conseiller ou d'ordonner la suppression des camisoles de force ou des cellules que de faire circuler au sein du milieu des lignes de force productives, désaliénantes fonctionnelles à haut potentiel d'exigences différenciées.

L'internement provoque une désadaptation première. L'isolement avec les fantas-

mes : (cachot noir, punition) qu'il réveille (fantasmes favorisés d'ailleurs par l'explication littérale du personnel : si vous continuez on vous isole ou on vous passe aux agités) échoue dans sa pseudo-préoccupation : calmer l'anxiété du malade.

De plus, à cause de l'isolement, à cause de la solitude imposée, à cause aussi de la concentration motrice (l'on sait la prégnance de la mélodie verbo-cinétique et les troubles du schéma corporel qui peuvent apparaître à l'occasion d'une disjonction), on assiste à l'apparition d'éléments nouveaux. Une agitation verbo-motrice du fait de l'isolement devient coléreuse, prédatrice, clastique, furieuse. Quelquefois aussi le délire de référence hyposthénique isolé à l'occasion d'une manifestation d'humeur intégrée dans le réel, entretenant des rapports compréhensibles avec l'environnement, se complique d'hallucinations.

Il faudrait peut-être consacrer une étude à ces hallucinations provoquées. Il existe, du fait de la dissolution d'une part, et de la réaction de l'organisme d'autre part, une régression à un type de pensée archaïque, plus massive, plus dépendante de la motricité, moins discriminative à l'égard des données sensorielles. Les psychanalystes pensent que l'onirisme, les pseudo-hallucinations, l'importance du jeu et du mime apparaissent surtout au stade oral.

Logorrhée, l'émergence en tourbillon d'une festivité atmosphérique, l'être là déployé simultanément aux deux pôles de la temporalité, traduisent l'oralité vertigineuse. Mais aussi existence agressive, protestataire, véhémence, parcourue d'angoisses liées à des frustrations infantiles.

La facilité avec laquelle l'agité de type classique parvient à l'hallucination n'a pas suffisamment retenu l'attention. En fait, la fuite des idées prépare le phénomène hallucinatoire (hallucinations verbales motrices) et DE CLERAMBAULT l'avait bien vu qui rattachait à l'automatisme mental les intuitions, la pensée devancée, l'écho de la pensée, les non-sens, les mots explosifs, les kyrielles de mots, les jeux syllabiques. Avec le processus hallucinatoire, nous assistons à l'effondrement du monde = système de référence. Le temps hallucinatoire de même que l'espace hallucinatoire ne postulent aucune prétention à la réalité. Il faut au contraire dire avec Sartre que l'hallucination coïncide avec un brusque anéantissement de la réalité perçue. Le temps hallucinatoire est en fuite perpétuelle. Le cadre spatio-temporel de l'activité hallucinatoire est sans ordre irréel, fictif. Et le phénomène croyance, sur lequel les psychiatres ont tant insisté, est ce qui légitime aux yeux de l'halluciné la pseudo-prégnance de ses troubles. Pratiquement donc l'isolement, la contention, l'utilisation des méthodes coercitives par l'instrumen-

tation sadique qui est mise en jeu provoquent ou du moins précipitent, approfondissent la régression. La pensée en fuite est prise dans le flux des images sans aucune possibilité pour elle d'y échapper avec l'aide bienveillante et actualisante d'autrui.

Encelluler le malade, l'isoler, le fixer au lit, c'est créer toutes les conditions d'existence d'une activité hallucinatoire.

A partir de l'anxiété, de la solitude, de l'impression de catastrophe psycho-biologique caractéristique de presque toutes les maladies mentales, alimentée ici par l'agression de type rejet, mise à l'écart, on voit se « compliquer » la clinique d'hallucinations.

C'est que l'hallucination n'est pas le produit d'une excitation cérébrale ou le résultat d'un trouble nutritionnel encéphalique spécifique. L'hallucination est bien plutôt un comportement global, un type de réaction, une réponse de l'organisme. Certes la réponse hallucinatoire suppose une dissolution, une atteinte organique, un trouble du métabolisme. Mais les altérations ne sont jamais univoques. Si l'on doit constamment évoquer les travaux de MARC FARLAND et GOLDSTEIN sur le niveau de stabilité métabolique en rapport avec le niveau de stabilité émotionnelle et ceux de HOSKINS sur la pauvreté chronique en oxygène par perturbations de la catalyse enzymatique caractéristique de la schizophrénie, l'on doit se rappeler que l'hallucination échappe à toute explication mécaniciste. Pour qu'il y ait hallucination, il faut autre chose, singulièrement un effondrement du monde réel. La phase dite de rumination des anciens auteurs à l'intérieur des délires chroniques hallucinatoires est assez éloquent. On sait que le malade après une période de début caractérisée par des préoccupations hypochondriaques, par des manifestations corporelles inhabituelles, des sensations viscérales étranges, connaît une phase de rumination anxieuse, de concentration idéique exacerbée, de méfiance interprétative, de solitude agressive : c'est déjà la période pré-hallucinatoire dite d'interprétation.

En réalité, le rejet du monde réel est rendu possible par l'émergence d'un pseudo-monde à base de relations et de significations nouvelles. Le rejet a besoin d'une confirmation continuée. La décision solennelle (phase d'invasion brutale) a besoin d'être confirmée, alimentée. Et les aliénés migrants sont précisément ceux qui n'arrivent pas à neutraliser, à écarter l'existence du monde environnant.

L'isolement dans cette perspective peut être alors l'autorisation d'halluciner.

Le service a tendance à rejeter le malade agité sans s'apercevoir des relations

de fondement réciproque existant entre eux. C'est à l'intérieur d'un cadre humain, le service, que l'agitation apparaît. L'agitation demande à être comprise non mécaniquement mais dialectiquement. Ceux-là mêmes qui se refusent à une pareille interprétation du phénomène admettent et reconnaissent que l'agitation diminue en fonction de la formation du personnel et de la désaliénation même superficielle du milieu. L'agitation, pourriture d'asile, est une expression adéquate. C'est PARCHAPPE qui écrit « l'expérience faite sur une large échelle pendant un grand nombre d'années a démontré que le séjour permanent dans une cellule, loin d'être efficace pour amener l'apaisement de l'agitation chez les aliénés, a eu au contraire pour effet d'augmenter et d'entretenir l'agitation ».

Si le milieu hospitalier est le noyau de relations sociales de rencontres ambiguës, l'agitation perd de sa résonance d'entité, d'irresponsabilité, d'incompréhensibilité. Dans une perspective dialectique, l'agitation entre dans le cycle primordial du miroir reflétant-reflété, tu me donnes - je reçois, j'assimile, je transforme, je te rends.

Certes, toute réaction catastrophique, dont l'agitation n'est qu'une modalité, ne disparaît pas. Mais on restitue leur valeur de significations à ces tentatives d'explication de l'organisme. Le deuxième internement que représente l'isolement est une fois pour toutes écarté.

Le service se transforme de façon lucide et consciente en laminoir, en épurateur. Cette notion d'habileté rigoureuse, de souplesse armée, d'institutions articulées qui, dès le premier contact, rompt le cercle vicieux où tend à s'installer le malade. Ce qui était imitation de soi-même, auto-intoxication, est replacé dans le cadre d'institutions ouvertes. Et c'est l'engagement dans ces institutions qui libère la conscience du vertige.

Il reste que la réalité pathologique, les symptômes primaires heurtent les institutions. Et il n'est pas question de guérir une hébéphrénie ou une paranoïa hypersthénique par le jeu des investissements affectivo-émotionnels que rend possible l'organisation du service. De plus, le maintien d'un excité au sein du milieu, par les stimulations pénibles dont il est l'agent, fatigue l'entourage. JANET dans ses « *Médications Psychologiques* » a particulièrement insisté sur la nocivité d'une telle conduite.

Le service organisé met en évidence le tableau résiduel et diminue, pour parler comme EY, l'écart organo-clinique.

Ramener cet écart à des proportions infimes, telle est la première tâche du service. La tâche pré et parathérapeutique.

Ici, il ne nous semble pas inutile de rappeler que la compréhension de la nécessité

d'organiser le service, de l'institutionnaliser, d'y rendre possibles des conduites sociales ne doit pas provoquer une mystification à base de référence externe. C'est ainsi que l'on peut entendre des réflexions comme :

- l'hôpital-village ;
- l'hôpital, reflet du monde extérieur ;
- à l'hôpital c'est comme dehors, le malade doit être comme chez lui...

De telles expressions, on s'en doute, sont une tentative de masquer la réalité sous des préoccupations humanitaires faussement psychothérapeutiques. Et LE GUILLANT a mille fois raison de condamner ces attitudes déréelées.

De plus, si l'Hôpital est le milieu extérieur, la tendance à le légitimer, à lui fournir des systèmes d'équilibre rappelant l'extérieur est très forte. La salle de police du médecin rencontre inopinément la suppression de dessert du chef de pavillon ou la menace de transfert aux agités, ou aux gâteaux du servent de salle.

L'agitation est un corps étranger, mais l'aliéné aussi. Le service doit permettre une réconciliation entre l'existant et ses manifestations. Le service ne doit rien refuser d'un malade. En dehors du service, le malade ne peut frapper à aucune porte. Le milieu hospitalier est paradoxalement la dernière chance du groupe social qui veut se débarrasser d'un aliéné et celle du malade qui recherche sa signification perdue.

Dès lors il ne peut en aucune façon s'agir de calmer purement et simplement une agitation. Les consultations au téléphone : faites du sédol ou du largactil, témoignent d'une méconnaissance totale des mécanismes pathologiques.

L'agitation n'est pas seulement une croissance, un cancer « psycho-moteur ». C'est aussi et surtout une modalité d'existence, un type d'actualisation, un style expressif.

L'agitation désarme, car elle est ce qui réunit les structures. Elle peut apparaître à tous les niveaux de dissolution. Pareille équivoque est bien propre à provoquer des réactions catastrophiques. Aussi « l'agité - il sait-ce-qu'il-fait » rejoint-il en cellule « l'agité-il-ne-sait-pas-ce-qu'il-fait ».

En réalité l'agité à la fois ne sait pas ce qu'il fait et sait ce qu'il fait. Ou si l'on préfère il ne sait pas ce qu'il fait mais essaie de le savoir. Ce sont ces tentatives qui éclairent çà et là la scène, laissant à l'observateur l'impression désagréable d'être mystifié.

Ainsi, même au fond de ces comportements désordonnés, anarchiques, marqués du sceau du non-sens, l'ambiguïté fondamentale de l'existence est assumée intégralement.